



# La Polivictimización, la Presencia de Síntomas TEPT y la Afectación en la Funcionalidad de las Personas que Son Víctimas del Desplazamiento Forzado: Estudio Comparativo

Daisy K. Pabón-Poches<sup>1</sup>, Laura Barchelot-Aceros<sup>1</sup>, Gonzalo Galván<sup>2</sup>, Francisco Vásquez De la Hoz<sup>3</sup>, Manuel F. Guerrero-Martelo<sup>3</sup> y Laura V. Salas Navarro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Investigación y Desarrollo, Bucaramanga, Santander, Colombia; <sup>2</sup>Universidad de Córdoba, Montería, Colombia; <sup>3</sup>Universidad Cooperativa de Colombia, Montería, Córdoba, Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*  
Recibido 19 de abril de 2022  
Aceptado 3 de diciembre de 2023

*Palabras clave:*  
Polivictimización  
Conflicto armado colombiano  
Trastorno de estrés postraumático  
Desplazamiento forzado  
TEPT

*Keywords:*  
Polyvictimization  
Colombian armed conflict  
Post-traumatic stress disorder  
Forced displacement  
TEPT

## RESUMEN

Colombia es uno de los países en los cuales el conflicto armado se ha expresado desde distintas formas de violencia ocasionando en las víctimas la experimentación de múltiples situaciones traumáticas. El objetivo del presente estudio es comparar el número de situaciones traumáticas experimentadas, la presencia de síntomas de estrés postraumático (TEPT) y el deterioro del funcionamiento en víctimas del desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado que cumplen y no cumplen los criterios diagnósticos de TEPT, mediante la aplicación del EGEP-5, un instrumento que mide la presencia de síntomas postraumáticos y criterios de TEPT. Se trata de un estudio no experimental transversal y descriptivo. Los resultados ponen de manifiesto que un 45.6% de la muestra total cumple con todos los criterios de TEPT, a la vez que presenta un mayor número de situaciones traumáticas, apreciándose polivictimización en las dos muestras de estudio.

## Polyvictimization, presence of PTSD symptoms and deterioration of functioning of survivors of Colombian forced displacement: A comparative study

## ABSTRACT

Colombia is one of the countries where the armed conflict has been expressed through different forms of violence, causing the victims to experience multiple traumatic situations. The aim of this study is to compare the number of traumatic events experienced, the presence of symptoms of post-traumatic stress disorders (PTSD), and the deterioration of functioning among victims of forced displacement in the context of the armed conflict who meet and do not meet the diagnostic criteria for PTSD, through the application of the EGEP-5, which is an instrument that evaluates the presence of post-traumatic symptoms and diagnosis of PTSD. The study is non-experimental, cross-sectional, and descriptive in scope. The results showed that 45.6% of the total sample met all the PTSD criteria, presenting in turn a greater number of traumatic events, though polyvictimization was identified in the two study samples.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es uno de los recursos teóricos que permite a los profesionales de la salud mental comprender las consecuencias psicológicas que pueden acarrear las experiencias o situaciones traumáticas que suponen una amenaza importante (física, emocional o psicológica) para la seguridad de una persona, que puede ser un ser querido (Blanco et al., 2006). Se estima que la prevalencia mundial de TEPT es del 3.9% en población general y 5.6% en personas expuestas a trauma (Crespo-Generelo et al., 2019).

La *American Psychiatric Association* organiza los indicadores clínicos de este trastorno mental de la siguiente manera: presencia

de síntomas de intrusión relacionados con la reviviscencia del suceso traumático, tales como recuerdos y sueños angustiantes; evitación persistente ante estímulos como lugares, objetos o personas, pensamientos, sentimientos o recuerdos relacionados con el evento traumático; alteraciones cognitivas y del estado del ánimo, lo que incluye expectativas y/o creencias negativas sobre sí mismo, los demás y el mundo, sentimientos como culpa, vergüenza, enfado o miedo, disminución de su interés por participar en actividades significativas y desapego hacia los demás; alteración del estado de alerta y reactividad que se manifiesta como respuestas de sobresalto, hipervigilancia,

Para citar este artículo: Pabón-Poches, D. K., Barchelot-Aceros, L., Galván, G., Vásquez De la Hoz, F., Guerrero-Martelo, M. F. y Salas Navarro, L. V. (2024). La polivictimización, la presencia de síntomas TEPT y la afectación en la funcionalidad de las personas que son víctimas del desplazamiento forzado: estudio comparativo. *Anuario de Psicología Jurídica*, 34, 13-22. <https://doi.org/10.5093/apj2024a4>

Correspondencia: [mdpabon1@udi.edu.co](mailto:mdpabon1@udi.edu.co) (D. K. Pabón-Poches).

ISSN: 1133-0740/© 2024 Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

alteraciones del sueño o problemas de concentración, irritabilidad y comportamiento autodestructivo e imprudente (American Psychiatric Association [APA, 2014]; Crespo-Generelo et al., 2019).

Las cifras de TEPT tienden a aumentar en contextos de guerra por los efectos que genera la presencia de grupos armados al margen de la ley, pues existe hasta 10 veces más de posibilidad de experimentar situaciones traumáticas que afectan el equilibrio psicológico de los individuos (Gómez-Restrepo et al., 2016; OMS, 2018). Se reconoce también que los síntomas de TEPT pueden presentar diferencias estadísticamente significativas en función del género (Manzanero et al., 2021) y de otras variables sociodemográficas como la edad, el nivel de ingresos, la educación o el trabajo (Simancas-Fernández et al., 2022). En Colombia, hay aproximadamente 8.9 millones de personas reconocidas como víctimas del conflicto armado (Red Nacional de Información, 2020). Igualmente, hay registrados 8.2 millones de personas víctimas de desplazamiento interno (Red Nacional de Información, 2020), que se han visto expuestas a masacres con víctimas mortales, minas antipersonas y munición sin explotar, atentados terroristas, violencia sexual, secuestro y desaparición forzada e incluso se han visto expuestas a estas situaciones de forma simultánea (Bachelot-Aceros et al., 2021; Observatorio de Memoria y Conflicto, 2018).

Los actos de violencia dentro del conflicto armado colombiano han obligado a las víctimas, generalmente campesinos, a abandonar su lugar de residencia ante una imposición violenta (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2015). Este fenómeno se comprende como desplazamiento forzado y supone una vulneración extrema de los derechos humanos y afecta a la dignidad e integridad, dando lugar a una fragmentación de su relación con la cotidianidad, los territorios y las personas cercanas (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2018).

Es sabido que la prevalencia del TEPT en las personas víctimas del conflicto armado es mayor que en la población general (Tamayo et al., 2016); de igual forma, se sabe de la presencia de comorbilidad con otros trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, aunque el TEPT sea el más frecuente (Alejo et al., 2007; Andrade-Salazar, 2011; Campo-Arias et al., 2014; Castaño et al., 2018; Cuadris-Torres y Barrios-Nuñez, 2019; Echenique et al., 2008).

Además, la condición de desplazamiento se asocia significativamente con la presencia de TEPT, pues estas personas suelen enfrentarse a múltiples traumas, lo que representa mayor vulnerabilidad (Husain et al., 2011). Los traumas acumulados han sido abordados en Colombia por Campo-Arias et al. (2017), quienes concluyeron que una de cada diez personas víctimas del conflicto armado interno en el departamento del Magdalena presentan polivictimización; por otro lado, la experimentación de múltiples traumas se asocia con mayor sufrimiento emocional respecto a la victimización por un único evento y con una mayor posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos como depresión, disociación y TEPT, que se presentan con mayor gravedad (Follette et al., 1996; Martín et al., 2013).

La gravedad de los síntomas permite dar una idea de la significación clínica de los mismos (APA, 2014), pues a mayor gravedad mayor deterioro en el funcionamiento de una o varias áreas de desarrollo de la vida (Blanco et al., 2006), lo que indica una adaptación deficiente al trauma y las formas de enfrentarse al mismo, así como mayores posibilidades de riesgo en la salud y el bienestar, que se manifiestan en actos autolesivos, intentos de suicidio, desarrollo de adicciones, patologías somáticas o enfermedades e incluso ansiedad y depresión, que aumentan la disfunción en diferentes áreas de su vida, como la laboral y la educativa (Castañeda y Carmargo, 2018; Crespo-Generelo et al., 2019).

Lo dicho se aprecia en estudios como el de Zatzick et al. (1997), que observaron en los veteranos de guerra diagnosticados con TEPT y expuestos a múltiples eventos traumáticos bajo rendimiento en las pruebas de funcionamiento, particularmente en el dominio físico y laboral, que afectaba a la salud física y al bienestar en

general. Igualmente, Miller et al. (2008) encontraron en este mismo grupo poblacional por medio de modelos estructurales que el funcionamiento de la muestra de veteranos de guerra dependía de la severidad de los síntomas traumáticos, aclarando, sin embargo, que la varianza de las puntuaciones de la escala de funcionamiento se debía fundamentalmente a los síntomas evitativos y de insensibilidad.

Otros estudios han mostrado una mayor carga de síntomas, mayor comorbilidad y sobre todo una menor capacidad (cualitativa y cuantitativa) para trabajar en pacientes con traumas complejos (con exposición frecuente a hechos traumatizantes) en comparación con personas no expuestas a traumas y con quienes han estado expuestas de una manera única (Brenner et al. 2019); se ha observado igualmente un aumento de la agresividad, escasa salud mental y mayor deterioro funcional general en personas expuestas de forma directa y múltiple a situaciones traumáticas (Im Swan, 2021).

Sin duda el desplazamiento y los múltiples traumas que puede acarrear este evento generan efectos de largo alcance en múltiples niveles (Ramos-Vidal, 2018), afectando a la calidad de vida de los sobrevivientes, incluso después de lograr la firma de los acuerdos de paz (Simancas-Fernández et al., 2022). Por todo lo anterior este estudio se planteó comparar el número de sucesos traumáticos experimentados, la presencia de síntomas de TEPT y el deterioro en el funcionamiento en víctimas de desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado que cumplen los criterios diagnósticos de TEPT (muestra clínica) y aquellos que no los cumplen (muestra subclínica). Asimismo se investigó la relación entre los síntomas TEPT y el número de situaciones traumáticas experimentadas y el deterioro en el funcionamiento.

## Método

### Diseño

Estudio de enfoque cuantitativo de corte transversal, diseño no experimental y de alcance correlacional.

### Población y Muestra

La población objeto de estudio se conformó a partir de un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, considerando los criterios de inclusión (a. ser víctima de desplazamiento forzado por conflicto armado colombiano, b. ser mayor de edad, c. tener el certificado del Registro Único de Víctimas y d. aceptar voluntariamente la participación en el estudio) y de exclusión (no cumplir con los lineamientos de los criterios de inclusión), obteniéndose una muestra total de 1,368 participantes. En la confección de la muestra se observaron tres motivos por los cuales las personas no aceptaban participar en el estudio: 1) no les agradaba recordar o hablar del acontecimiento experimentado, 2) no contaban con el tiempo suficiente para cumplimentar las pruebas psicológicas y 3) no consideraban que la investigación fuera importante. En los participantes que aceptaron participar del estudio se corroboró su condición de víctima a partir de la solicitud del certificado del Registro Único de Víctimas (RUV) y se finalizó el proceso de vinculación al proyecto con la aceptación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado.

### Instrumento

**Escala Global de Estrés Postraumático** (EGEP-5; Crespo et al., 2017)

Dicha escala fue elaborada con el objetivo de evaluar la presencia de signos y síntomas relacionados con la vivencia de una situación traumática siguiendo los criterios diagnósticos del

DSM-5 para el trastorno por estrés postraumático. Consta de 51 ítems distribuidos en 4 secciones: 1) datos sociodemográficos, que recogen información como edad, sexo, escolaridad, estado civil o situación laboral; 2) identificación de los acontecimientos traumáticos vivenciados por la persona, considerando la gravedad, ocurrencia, reacción e implicaciones y seleccionando el de mayor gravedad para responder a las preguntas de la siguiente sección (26 ítems); 3) exploración de los síntomas del trastorno por estrés postraumático en los cuales se relacionan los síntomas intrusivos, de evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, síntomas disociativos y temporalidad de los mismos, teniendo en cuenta el evento traumático que genera mayor molestia en la actualidad (18 ítems); (4) identificación de las áreas de funcionamiento afectadas a partir de la experiencia traumática que genera mayor molestia (7 ítems). El EGEP-5 tiene una adecuada consistencia métrica con una fiabilidad de .90, sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% (Crespo et al., 2017).

## Procedimiento

El proyecto se desarrolló en tres fases:

(1) En primer lugar se procedió a la capacitación en la aplicación de instrumentos (EGEP-5) y técnicas de entrevista, actividad que se llevó a cabo a partir de la vinculación de los semilleros de investigación y grupos de investigación de la Universidad de Investigación y Desarrollo-UDI, en Bucaramanga (UDIPSI), y de la Universidad Cooperativa de Colombia en Montería (Neurocognición) como parte de un proyecto interinstitucional. Asimismo se estableció contacto con la muestra de estudio a través de algunas instituciones sin ánimo de lucro orientadas a la protección y restablecimiento de derechos en las personas víctimas de desplazamiento forzado por conflicto armado colombiano. También se identificaron algunos sectores de las ciudades de Bucaramanga y Montería en donde se ha reubicado a esta población (“asentamientos humanos”), a través de los representantes de las juntas de acción comunal (JAC).

(2) Seguidamente se procedió a la aplicación de los instrumentos (544 en Bucaramanga y 824 en Montería), mediante la técnica del “puerta a puerta”, que se iniciaba con la lectura y firma del consentimiento informado por parte de los participantes, dando garantías acerca del alcance de la investigación, la naturaleza voluntaria de la participación en el estudio y de la confidencialidad de sus respuestas. Entre los meses de agosto a septiembre de 2019 se realizaron 25 salidas de campo a más de ocho zonas de las ciudades donde se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de manera autoaplicable o heteroaplicable en los casos en los cuales el participante no sabía leer ni escribir o presentaba discapacidad visual o motora.

(3) Finalmente, se tabularon las aplicaciones en una base de datos diseñada con una estructura establecida para las dos ciudades, iniciándose la tabulación de forma independiente con el paquete estadístico SPSS Statistics 20 y vinculándose después los datos a un único documento, realizándose un cribaje de verificación y procediendo con los análisis estadísticos pertinentes.

## Análisis Estadísticos

La fase de análisis estadístico se inició con la aplicación de técnicas descriptivas, lo que incluye medidas de tendencia central y de dispersión y frecuencias de las variables. Luego se corroboró la distribución de los datos en la muestra de estudio mediante el estadígrafo de normalidad de Shapiro Wilk, observándose que el supuesto de normalidad no se cumplía para los datos de este estudio. Se aplicaron técnicas correlacionales no paramétricas, la prueba *U* de Man-Whitney de muestras independientes para identificar la significancia estadística de las diferencias entre el grupo de la muestra clínica y el grupo de la muestra subclínica y la *r* de Spearman para medir el grado de asociación entre los síntomas TEPT y el número de situaciones traumáticas experimentadas, así como el deterioro en el funcionamiento.

**Tabla 1.** Comparación de características sociodemográficas de la muestra de personas víctimas de desplazamiento forzado con y sin TEPT

Variable (N=1,368)	Con TEPT		Sin TEPT		Total	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
<b>Sexo (F%)</b>						
Femenino	406	65.1	451	60.6	857	62.6
Masculino	218	34.9	293	39.4	511	37.4
<b>Estado civil (F%)</b>						
Soltero(a)	219	35.1	289	38.8	508	37.1
Casado/vida en pareja	280	44.9	333	44.8	613	44.8
Separado/divorciado	39	6.3	38	5.1	77	5.6
Viudez	39	6.3	37	5.0	76	5.6
Otro	46	7.4	47	6.3	93	6.8
<b>Escolaridad(F%)</b>						
Sin estudios	91	14.6	71	9.5	162	11.9
Primaria	211	33.9	154	20.7	365	26.8
Secundaria	257	41.2	393	52.8	650	47.7
Universitarios	63	10.1	124	16.7	187	13.7
<b>S. laboral (F%)</b>						
Estudiante	71	11.4	122	16.4	193	14.1
Jubilado	15	2.4	15	2.0	30	2.2
Labores del hogar	202	32.4	183	24.6	385	28.1
Ocupado	183	29.3	249	33.5	432	31.6
Parado	74	11.9	56	7.5	130	9.5
Baja laboral	15	2.4	28	3.8	43	3.1
Incapacidad	11	1.8	7	0.9	18	1.3
Otro	53	8.5	84	11.3	137	10.0
Edad (MDE)	40.61	15.31	38.87	15.39	39.67	15.37

**Tabla 2.** Comparación de la cantidad de situaciones traumáticas experimentadas por las personas víctimas de desplazamiento forzado con y sin TEPT

Nº de situaciones traumáticas (N = 1,368)	Con TEPT		Sin TEPT		Total	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
1	137	22.0	303	40.7	440	32.2
2	110	17.6	160	21.5	270	19.7
3	100	16.0	114	15.3	214	15.6
4	81	13.0	79	10.6	160	11.7
5	65	10.4	47	6.3	112	8.2
6	53	8.5	12	1.6	65	4.8
7	41	6.6	15	2.0	56	4.1
8	15	2.4	8	1.1	23	1.7
9	12	1.9	3	0.4	15	1.1
10	7	1.1	1	0.1	8	0.6
11	2	0.3	2	0.3	4	0.3
12	1	0.2	-	-	1	0.1
Total situaciones (MDE)	3.59	2.29	2.44	1.73	2.97	2.08

## Resultados

Se identificaron 624 personas víctimas de desplazamiento forzado que cumplían todos los criterios para el diagnóstico de TEPT (45.6%) y 744 que no los cumplían (54.4%). La [Tabla 1](#) permite observar que las personas víctimas de desplazamiento forzado de la muestra son con mayor frecuencia mujeres casadas o con vida en pareja, con formación académica secundaria o primaria y dedicadas principalmente a labores del hogar en lo que respecta a la muestra clínica y empleadas cuando se trata de la muestra sub clínica; además, la edad es superior cuando cumplen los criterios de TEPT, diferencia significativamente estadística ( $p = .014$ ).

La muestra evaluada reportó diferentes eventos traumáticos, en los que la mayor molestia correspondía al ítem denominado como otro en el que se reportaba el desplazamiento forzado (23.8%), seguido de muerte accidental o violenta de un ser querido (15.5%), combate o exposición a zona de guerra (13.7%), enfermedad muy grave propia o de un ser querido (8.5%), desastre natural (7.2%), accidente grave en medio de transporte (6.2%), violencia física (5.8%), actos terroristas o tortura (4.8%), violencia por parte de la pareja (4.2%), violencia, abuso o ataque sexual (3.1%), acoso laboral o maltrato psicológico en el trabajo (1.9%), otro tipo de accidente grave (1.8%), encarcelamiento, detención o cautiverio forzado (1.8 %) y finalmente acoso sexual (1.6%).

En cuanto al número de situaciones traumáticas se estima que la muestra total ha experimentado cerca de tres eventos traumáticos en promedio ( $M = 2.97$ ,  $DE = 2.08$ ) y realizada la distinción por grupos de estudio cerca de un 44.4% de pacientes que cumplen los criterios de TEPT han experimentado más de 4 eventos traumáticos en comparación con el grupo de la muestra subclínica, en la se reporta cerca de un 22.4%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < .001$ ), tal como se evidencia en la [Tabla 2](#). Realizada la distinción por grupos de estudio, se estima que el grupo clínico (62.4%) manifiesta haber experimentado en promedio cuatro eventos traumáticos ( $M = 3.59$ ,  $DE = 2.29$ ) en comparación con el grupo sub clínico (54.4%), que reporta cerca de dos eventos traumáticos

( $M = 2.97$ ,  $DE = 1.73$ ) encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos (muestra clínica y subclínica) ( $p < .001$ ), tal como se muestra en la [Tabla 2](#).

Los resultados en relación con los síntomas TEPT, que se ofrecen en la [Tabla 3](#), evidencian medias más elevadas para el grupo de víctimas de desplazamiento forzado que cumplieron los criterios para TEPT en comparación con el grupo que no cumplió los criterios TEPT, diferencias que se respaldan a partir del valor  $p$  obtenido, que es estadísticamente significativo para los síntomas intrusivos, síntomas evitativos, alteraciones cognitivas/ánimo, alteraciones en la actividad/reactividad y síntomas disociativos ( $p < .001$ ).

Aunque la muestra clínica exhibe frecuencias mayores sobre la experimentación de los diferentes síntomas de TEPT, la [Tabla 4](#) destaca que 71.9% de la muestra subclínica presenta por lo menos un síntoma intrusivo en el que prevalecen los recuerdos desagradables repetitivos (20.4%) y para la muestra que cumple con los criterios de TEPT se recalcan los recuerdos con reacciones fisiológicas (31.1%) y el malestar emocional, acompañados de recuerdos (26.4%). Frente a los síntomas evitativos, la mayor proporción de población general no presentó este tipo de sintomatología (52.8%), en comparación con la población clínica, en la que un 70.8% intenta evitar lugares o hechos asociados con el evento traumático. Para las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo se destacan para la muestra clínica los sentimientos de culpa (21%) y negativos (20.7%), acompañados de pérdida del placer e interés (20.2%); por otro lado, la muestra subclínica ha experimentado por lo menos un síntoma relacionado con las alteraciones en la actividad y reactividad (67.7%) focalizado en la presencia de irritabilidad y ataques de ira (25.4%) y en la muestra clínica las conductas arriesgadas e imprudentes (24.1%) y la hipervigilancia (23.8%) son las que más resaltan. De igual forma, los síntomas disociativos se presentan incluso en personas de la muestra subclínica, especialmente síntomas de despersonalización (17.6%); la muestra clínica reporta más la desrealización (27.2%).

La [Tabla 5](#) permite destacar que para los dos grupos de estudio el deterioro en el funcionamiento se vio afectado en las distintas áreas de interacción social y otros aspectos de la vida, si bien el grupo

**Tabla 3.** Comparación de los criterios clínicos de TEPT entre personas víctimas de desplazamiento forzado con y sin TEPT

Criterios clínicos de TEPT (N = 1,368)	Total		Con TEPT		Sin TEPT		Sig. (bilateral)
	Dv	Dv	Dv	Dv	Dv		
Síntomas intrusivos	2.6	1.6	3.6	1.2	1.7	1.5	$p < .001^{**}$
Síntomas evitativos	1.1	0.8	1.7	0.4	0.6	0.8	$p < .001^{**}$
Alteración cognitiva/ánimo	2.9	2.0	4.3	1.5	1.7	1.6	$p < .001^{**}$
Actividad y reactividad	2.5	1.8	3.8	1.2	1.5	1.5	$p < .001^{**}$
Síntomas disociativos	0.9	1.1	1.5	1.2	0.5	0.8	$p < .001^{**}$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

**Tabla 4.** Comparación de los síntomas TEPT experimentados por las personas víctimas de desplazamiento forzado con y sin TEPT

Ítems (N = 1,368)	Con TEPT		Sin TEPT		Total	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
<b>Síntomas intrusivos</b>						
No presenta síntomas	0	0.0	208	28.0	208	15.2
1. Recuerdos desagradables/repetitivos	39	6.3	152	20.4	191	14.0
2. Sueños desagradables/repetitivos	81	13.0	137	18.4	218	15.9
3. Siente o actúa que revive momento	145	23.2	123	16.5	268	19.6
4. Malestar emocional con recuerdos	165	26.4	85	11.4	250	18.3
5. Recuerdos con reacción fisiológica	194	31.1	39	5.2	233	17.0
<b>Síntomas evitativos</b>						
No presenta síntomas	0	0.0	392	52.8	392	28.7
1. Intenta evitar pensamientos	182	29.2	189	25.4	371	27.1
2. Intenta evitar actividades/lugares	442	70.8	162	21.8	604	44.2
<b>Alteraciones cognitivas y del estado del ánimo</b>						
No presenta síntomas	0	0.0	203	27.3	203	14.9
1. Dificultad para recordar detalles	1	0.2	193	26.0	194	14.2
2. No puede confiar en los demás	76	12.2	130	17.5	206	15.1
3. Se siente culpable	131	21.0	91	12.2	222	16.2
4. Predominan sentimientos negativos	129	20.7	76	10.2	205	15.0
5. Disminución placer/interés	126	20.2	32	4.3	158	11.5
6. Siente distanciamiento con otros	96	15.4	11	1.5	107	7.8
7. Dificultad emociones positivas	65	10.4	7	0.9	72	5.3
<b>Alteraciones en la activación y la reactividad</b>						
No presenta síntomas	0	0.0	240	32.3	240	17.5
1. Irritabilidad, ataques de ira	119	19.1	189	25.4	189	13.8
2. Conducta arriesgada e imprudente	150	24.1	132	17.7	251	18.3
3. Hipervigilancia	148	23.8	85	11.4	235	17.2
4. Sobresaltos	137	22.0	55	7.4	204	14.9
5. Dificultad para concentrarse	68	10.9	29	3.9	167	12.2
6. Problemas para conciliar el sueño	119	19.1	14	1.9	82	6.0
<b>Síntomas disociativos</b>						
No presenta síntomas	154	24.7	505	67.9	659	48.2
1. Se siente fuera de su cuerpo	146	23.4	131	17.6	277	20.3
2. Sin contacto con el entorno	154	24.7	73	9.8	227	16.6
3. Sucesos como irreales/extraños	170	27.2	35	4.7	205	15.0

**Tabla 5.** Deterioro en el funcionamiento de las personas víctimas de desplazamiento forzado

Áreas deterioradas (N = 1,368)	Con TEPT		Sin TEPT		Total	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Ha consultado profesionales de la salud	228	36.5	198	26.6	426	31.1
Consumo medicamentos mayor a una semana	181	29.0	97	13.0	278	20.3
Ha consumido alcohol o drogas	159	25.5	103	13.8	262	19.2
Afecta. vida laboral o académica	324	51.9	171	23.0	495	36.2
Afecta relaciones sociales	330	52.9	159	21.4	489	35.7
Afecta relaciones familiares o de pareja	329	52.7	164	22.0	493	36.0
Afecta otro aspecto de la vida	350	56.1	176	23.7	526	38.5
Total áreas afectadas (MDE)	3.04	1.77	1.44	1.65	2.17	1.88

**Tabla 6.** Correlaciones entre los síntomas de TEPT, funcionamiento y situaciones traumáticas en víctimas del conflicto armado

	Funcionamiento		Cantidad de eventos traumáticos	
	p	rho de Spearman	p	rho de Spearman
Síntomas intrusivos	< .001**	.47	< .001**	.28
Síntomas evitativos	< .001**	.38	< .001**	.26
A. cognitivas_ estado de ánimo	< .001**	.53	< .001**	.29
A. Actividad _Reactividad	< .001**	.52	< .001**	.27
Disociativo	< .001**	.40	< .001**	.27
Funcionamiento A (alteraciones)	-	-	< .001**	.22

\*p < .05, \*\*p < .001.

que cumple con los criterios para TEPT presenta porcentajes más elevados de deterioro, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa ( $p < .001$ ) respecto del grupo de comparación. Por otro

lado, el grupo clínico reporta una frecuencia más elevada frente al consumo de alcohol o drogas (=159) así como una mayor afectación en otros aspectos de su vida (=350) a partir de los hechos experimentados.

Las relaciones identificadas en la [Tabla 6](#) indican que a más situaciones traumáticas experimentadas por los participantes más áreas de funcionamiento afectadas, resaltando un impacto negativo en la vida laboral o académica ( $\rho = .21, p \leq .000$ ), en las relaciones sociales ( $\rho = .18, p \leq .000$ ) y familiares o de pareja ( $\rho = .21, p \leq .000$ ). Así mismo, se encontró que a más situaciones traumáticas fueron vivenciadas por la muestra más síntomas TEPT experimentados y más áreas de funcionamiento se ven afectadas en la persona.

## Discusión

Los resultados de este estudio han permitido en primera instancia comparar el número de eventos potencialmente traumatizantes entre personas víctimas del conflicto armado que cumplen los criterios clínicos para TEPT y aquellas que no. Se observa que ambas muestras estuvieron expuestas a múltiples eventos de este tipo, aunque las personas que cumplen criterios de TEPT reportan un mayor número, lo que parece guardar relación con una mayor gravedad de los síntomas (intrusivos, evitativos, alteraciones cognitivas, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones de la actividad, reactividad y disociación) en comparación con las personas que no cumplen los criterios de TEPT, de un modo similar a los resultados de [Miller et al. \(2008\)](#) con veteranos de guerra, en quienes se identificó un mayor número de situaciones experimentadas y mayor gravedad de los síntomas de TEPT. Así mismo, [Schneider et al. \(2020\)](#) y [Manzanero et al. \(2021\)](#) en sobrevivientes de guerra encontraron que quienes habían estado expuestos a un gran nivel de situaciones traumáticas mostraban sintomatología más grave.

El problema de la polivictimización puede ayudar a comprender mejor los síntomas de TEPT e intervenir en ellos, pero requiere de más estudio. Por ejemplo, [Priebe et al. \(2018\)](#) afirman que es necesario ser más específicos en el momento de establecer un índice del trauma, pues el manejo que se ha dado ante la presentación de múltiples traumas es pedir al evaluado que seleccione el peor evento, elija un trauma al azar o analice hasta tres eventos, omitiendo las diferencias entre los tipos de trauma y el impacto diferencial de la cantidad de traumas, pero la gravedad del trauma manifestado puede ser significativamente mayor cuando el índice del mismo incluye múltiples eventos traumáticos que aquellos en los que solo se selecciona el peor trauma y que el impacto de una intervención también es significativamente menor.

Otra característica que puede marcar diferencias en la experimentación del trauma es el género ([Barchelot-Aceros et al., 2021](#); [Manzanero et al., 2021](#)). Se sabe que hay más mujeres que sobreviven al conflicto armado colombiano y este estudio reporta una mayor frecuencia de mujeres, tanto en el grupo que cumple los criterios clínicos para TEPT como en el de la muestra sub clínica, pero es necesario que en próximos estudios se ahonde en esta variable. Como afirman [Simancas-Fernández et al. \(2022\)](#), “se debe prestar especial atención a las características sociodemográficas de cada víctima, el tipo de agresión sufrida y sus necesidades de salud física y mental y de recursos económicos” (p. 79). Este estudio en concreto profundizará en los síntomas TEPT y la afectación del funcionamiento de los sobrevivientes.

En las diferencias en la afectación del funcionamiento se puede corroborar que los sujetos del grupo clínico mostraron porcentualmente una mayor afectación de todas las áreas de funcionamiento; además, los sujetos del grupo subclínico también muestran cierta afectación. El mismo resultado, que podría parecer contradictorio, se ha encontrado en otros estudios. Incluso en comparaciones de grupos de individuos con criterios clínicos completos para TEPT e individuos con síntomas subclínicos de TEPT no se han hallado diferencias significativas en el grado de deterioro de áreas específicas (social y laboral), aunque las diferencias radicaban en que quienes padecían TEPT tenían mayor frecuencia de ingresos

en hospitales psiquiátricos, peor funcionamiento global y buscaban asistencia sanitaria con mayor frecuencia ([Zlotnick et al., 2002](#)).

En consecuencia, es paradójica la baja frecuencia de personas de la muestra de este estudio que reportaron haber consultado a algún profesional sanitario, pues muchas de las personas que cumplen con los criterios para TEPT experimentan los síntomas y la angustia emocional propia del diagnóstico sin saber qué es lo que tienen y, peor aún, sin recibir un tratamiento adecuado. Lo más grave es que estas personas desatendidas no solo sufren las consecuencias de los síntomas del TEPT sino que también pueden desarrollar otras afecciones mentales, dado su alto grado de comorbilidad ([Pérez et al., 2009](#)), e incluso enfermedades cardiovasculares y metabólicas que pueden ser causa de muerte en personas víctimas del conflicto armado, pues se ha reconocido la relación entre estas y las enfermedades mentales y del comportamiento ([Rentería-Ramos et al., 2019](#)).

En cuanto a las diferencias de la expresión específica de la sintomatología TEPT, se determinó que los síntomas de mayor gravedad (en orden decreciente) de la muestra clínica fueron alteraciones cognitivas y anímicas, aumento de la actividad y reactividad, síntomas intrusivos, síntomas evitativos y disociativos, mientras que en la muestra subclínica todos los síntomas presentaron frecuencias menores. Lo anterior representa un aporte novedoso, dado que generalmente se encuentran estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales ([Alejo et al., 2007](#); [Andrade-Salazar, 2011](#); [Castaño et al., 2018](#); [Cuadris-Torres y Barrios-Nuñez, 2019](#)), estudios comparativos que incluyen población víctima de desplazamiento y población general ([Andrade-Salazar, 2011](#); [Castaño et al., 2018](#); [Gómez-Restrepo et al., 2016](#); [Londoño et al., 2008](#); [Tamayo et al., 2016](#)) o que incluyen población víctima de desplazamiento forzado sin grupo control, considerando características sociodemográficas como el género, la ubicación geográfica o la edad como criterio de comparación ([Alejo et al., 2007](#); [Andrade-Salazar, 2011](#); [Gómez-Restrepo et al., 2016](#)) pero no los síntomas clínicos, como propone el presente estudio, lo cual puede orientar objetivos terapéuticos más precisos.

Entre los aspectos a resaltar en las diferencias de los síntomas TEPT experimentados por las muestras se destacan las alteraciones cognitivas y emocionales, con diferencias significativas entre los grupos, confirmando las afectaciones mnémicas y atencionales halladas en otros estudios ([Andrade-Salazar, 2011](#); [Botelho de Oliveira y Conde, 2011](#); [Luna et al., 2018](#)); sin embargo, al igual que los síntomas intrusivos, un 73.7% de la muestra subclínica también reportan por lo menos un síntoma de este tipo. La alteración cognitiva más reconocida en esta muestra es la dificultad para recordar detalles del evento, lo que evidencia otro aspecto álgido que puede estar relacionado con la alta frecuencia de síntomas disociativos de despersonalización en la misma muestra.

La disociación es un mecanismo de defensa que permite hacer frente a los eventos traumáticos, proteger la mente y mitigar el dolor emocional, interrumpiendo el funcionamiento psicológico normal cuando aparece próximo al evento traumático, aunque aumenta el riesgo de desarrollar trastornos mentales, al no permitir codificar los acontecimientos y fragmentar la memoria ([Camacho-Rubio y Olmeda-García, 2019](#)). Así mismo, la presencia de olvidos refleja los efectos psicopatológicos de los hechos traumáticos en las personas víctimas de desplazamiento, representando otro foco de atención clínica importante, específicamente el de la amnesia disociativa ([Crespo-Generelo et al., 2019](#)).

Por otro lado, los síntomas de las alteraciones emocionales pueden estar ligados a las pérdidas simbólicas y físicas que provocan tristeza y nostalgia y que pueden representar duelos no resueltos en las víctimas de desplazamiento; la resolución de los duelos en esta población se puede ver obstaculizada porque la pérdida sea violenta, generalmente no acceden a los cuerpos para realizar ritos funerarios, a veces no saben si su ser querido ha muerto o solo está desaparecido

y las masacres pueden poner en evidencia la vulnerabilidad del sobreviviente al observar los cuerpos destrozados (Díaz et al., 2015).

La elevada manifestación de síntomas emocionales en la muestra que cumple los criterios clínicos para TEPT también abre la posibilidad de comorbilidad con otros trastornos del estado del ánimo como la depresión o la bipolaridad, aspecto que ya ha sido corroborado en otros estudios como el de Andrade-Salazar (2011), Campo-Arias et al. (2017) o Hewitt et al. (2016), además de que estos síntomas se convierten en un factor predisponente para el desarrollo y agravamiento de enfermedades somáticas (Londoño et al. 2008; López et al. 2016).

Aunque los síntomas son más evidentes en la población clínica que en la población subclínica, se destaca el síntoma emocional relacionado con la culpabilidad por algo que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento en las víctimas de desplazamiento de las dos muestras, lo que coincide con los resultados de Díaz et al. (2015), quienes reportan en un estudio cualitativo que las víctimas entrevistadas “sienten culpa por no haber evitado los actos de violencia contra los cercanos o por las violencias dirigidas contra ellos mismos” (p. 72).

Según Greene (2018), la culpa es un síntoma clínicamente relevante después de la experimentación de un evento traumático, incluso como objetivo terapéutico, ya que ha demostrado estar asociado a otros síntomas TEPT; pero para un mejor abordaje terapéutico de este síntoma emocional es necesario distinguir entre dos tipos de culpa: la autoculpa, en la que el individuo se responsabiliza a sí mismo y acarrea generalmente una sensación de inutilidad y angustia, y la culpa de otros, donde la responsabilidad se atribuye a los demás y puede contribuir a procesar con menos angustia el evento, ya que cumple una función protectora; la escala utilizada en este estudio permite evaluar únicamente la autoculpa, pero hay que tener en cuenta que en los criterios DSM actuales no se clarifica esta diferencia y, por tanto, en las escalas de medida tampoco.

El segundo síntoma con mayor frecuencia es la alteración de la activación y la reactividad, que marca una diferencia significativa entre los grupos; pero considerando que la muestra subclínica reporta por lo menos un síntoma de este tipo, es necesario que en los procesos de evaluación se corroboren no solo los síntomas TEPT sino también síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad, pues en la medida en que los síntomas son más graves se podría considerar la posibilidad de comorbilidad con estos trastornos en muestras clínicas (Tamayo et al., 2016) o la necesidad de un diagnóstico diferencial en las muestras subclínicas.

Entre las alteraciones de la activación y la reactividad también se destaca aquellas conductas peligrosas o que pueden causar daño, pues es uno de los síntomas más comunes en los dos grupos; además, el grupo subclínico presenta una gran frecuencia de irritabilidad y ataques de ira, síntomas que se relacionan con el deterioro de la inhibición del temor. Se ha demostrado que esta respuesta destructiva se presenta incluso cuando la persona se encuentra en condiciones seguras y refleja la gravedad de los síntomas TEPT, pues pacientes con TEPT crónico no aprenden a inhibir la respuesta fisiológica ante estímulos seguros, mientras que pacientes TEPT con síntomas bajos y población no clínica sí lo logran aprender (Jovanovic et al., 2010).

En cuanto a los síntomas intrusivos, que mantienen diferencias significativas entre los grupos, se destaca la facilidad para desencadenar una sensación de bajo control sobre el carácter y aumentar la angustia emocional (González et al., 2017; Londoño et al., 2008). Ya se ha demostrado que los individuos con TEPT presentan conductas cognitivas incontrolables que buscan evitar la preocupación asociada al evento traumático y sus reviviscencias (González et al., 2017; Londoño et al., 2008).

Por su lado, los síntomas evitativos, que se presentan con mayor frecuencia en la muestra clínica (de hecho el síntoma con mayor reporte es el que refiere a evitación de actividades, lugares, personas que le recuerdan el acontecimiento, 70.8%), permiten entender la

elevada frecuencia con que se ven afectadas las relaciones sociales, de pareja y familiares. La evitación actúa como mecanismo de afrontamiento en el que la persona opta por ocultar e inhibir las emociones que pueden suscitar el recuerdo o presenciar cualquier situación, persona u objeto que se relacione con el hecho traumático vivenciado, llevando a un aumento acelerado de las afectaciones mentales (Hewitt et al., 2016).

Este distanciamiento social favorece el debilitamiento de las redes de apoyo, que a su vez agudiza los síntomas asociados con el trauma (Castañeda y Camargo, 2018; Guerra et al., 2017) y puede también asociarse al perfil cognitivo esquizoide descrito por Londoño (2008) como la incapacidad de la persona traumada para relacionarse y establecer compromisos al percibirlos como una amenaza y generar las falsas creencias de ser nuevamente blanco de vulnerabilidad. Lo cierto es que este resulta ser otro factor que explica la afectación reportada en las diferentes áreas de la vida de las personas víctimas de desplazamiento de este estudio, especialmente en aquellos que cumplen los criterios clínicos para TEPT.

Una de las áreas que se afecta con mayor frecuencia en la muestra de este estudio es la vida laboral y académica, especialmente en las personas con síntomas TEPT, lo que se apoya en el hecho de que la mayoría de las personas víctimas del desplazamiento se dedican al hogar o se encuentran desocupados. Estos datos confirman las conclusiones de otros estudios que destacan la desigualdad de condiciones que sufren las personas víctimas de desplazamiento; los efectos psicológicos van acompañados de limitantes económicos, afectación del bienestar psicológico, poco desarrollo personal y proyectos de vida estancados (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2018; Guevara Barney-Arango, 2009; Ochoa-Díaz Orjuela-Ortiz, 2013).

En definitiva, todo lo anterior permite resaltar las afectaciones psicológicas en los grupos de estudio, que influyen en su calidad de vida (Simancas-Fernández et al., 2022); es claro que las personas que fueron víctimas de este tipo de actos de barbarie y vejámenes no solo se han tenido que enfrentar con la realidad de la guerra sino también con el difícil proceso de la reinclusión en una sociedad carente de condiciones y recursos para su acogida. Tal como refieren Guevara y Barney (2009), los sobrevivientes de desplazamiento forzado por conflicto armado colombiano se ven en la necesidad de reubicarse en sectores residenciales populares y precarios en los que el abandono político-social se identifica a partir de las condiciones de vivienda y accesibilidad a los servicios públicos y de salud; las distintas problemáticas de orden social (delincuencia, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, entre otros) se generan por las escasas, casi nulas, oportunidades académicas y laborales.

En relación al segundo objetivo, se ha observado una gran relación directa y estadísticamente significativa entre el número de eventos potencialmente traumatizantes y los síntomas TEPT hallados en este estudio. Si bien es cierto que el reporte de los síntomas se vincula a un solo evento traumático seleccionado por el evaluado, los síntomas identificados en este estudio en alrededor del 67% de la muestra se presentan en relación con la experimentación de más de un evento traumático (entre 2 y 12 eventos). En el contexto colombiano estos hallazgos se han asociado a la proximidad y la persistencia de los eventos del conflicto armado (Gómez-Restrepo et al., 2016), así como con el fenómeno de polivictimización descrito en el estudio de Campo-Arias et al. (2017) y de Barchelot et al. (2021) y evidente en el presente estudio.

Por otra parte se observó una correlación entre el número de situaciones potencialmente traumatizantes y la gravedad de los síntomas de TEPT, al igual que en otros estudios se ha corroborado que quienes están expuestos a una mayor cantidad de eventos, y además no reciben atención adecuada (como es el caso de la muestra, una baja tasa de asistencia a servicios de salud especializados) y utilizan sustancias en un intento de controlar la sintomatología, muestran una mayor gravedad en sus cuadros de acuerdo a la

cronificación (Brenner et al., 2019; Im y Swan, 2021; Miller et al., 2008). En caso de la muestra actual el síntoma reportado con mayor gravedad es el de la evitación, al igual que los hallazgos de Miller et al. (2008) en su muestra de veteranos de guerra, aunque en la correlación entre la cantidad de eventos traumáticos y gravedad de los síntomas las alteraciones cognitivas y anímicas los síntomas intrusivos y el aumento de la actividad y reactividad muestran una mayor correlación. A este respecto, Norris y Aroian (2008) explicaron que cuando los síntomas de evitación son graves y están acompañados de síntomas de intrusión y aumento de la actividad muestran una mayor gravedad en el cuadro en general y por lo tanto un peor funcionamiento.

## Conclusiones

Este estudio ha permitido identificar diferencias estadísticamente significativas de la prevalencia de polivictimización, síntomas TEPT y número de áreas de funcionamiento afectadas en las muestras clínica y subclínica de personas víctimas del conflicto armado colombiano, en el que la muestra clínica refleja frecuencias más altas. Por otro lado, el evento traumático que genera mayor molestia es el desplazamiento forzado; sin embargo, se evidencia una polivictimización, que esta relaciona con una alta frecuencia de síntomas TEPT y más áreas de funcionamiento afectadas, lo que reiteró que las personas víctimas del conflicto se enfrentan a múltiples traumas con características que deben ser diferenciadas para orientar mejor los procesos de intervención terapéutica.

Así mismo, se presentan indicadores clínicos de TEPT con menor frecuencia en la muestra subclínica, pero es necesario reconocer síntomas intrusivos (recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento), síntomas cognitivos (dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento) y síntomas de activación y reactividad (sentirse irritable o tener ataques de ira), lo que visibiliza la importancia del abordaje de población subclínica, por lo que se recomienda tener en cuenta estos resultados para el diseño de programas de prevención e intervención para personas víctimas del conflicto armado colombiano que no cumplen criterios clínicos de TEPT.

Finalmente, se resalta la importancia de considerar en los procesos de evaluación, diagnóstico e intervención los síntomas emocionales, ansiosos y los duelos no resueltos en la población clínica y subclínica, porque en este estudio se reitera la posibilidad de comorbilidad con otros trastornos del estado del ánimo y de ansiedad.

## Extended Summary

PTSD represents the psychological consequences that can be the result of experiences or traumatic events, coming from a significant threat to the safety of an individual or a loved person (Blanco et al., 2006). The condition of displacement is significantly associated to the presence of PTSD, as these people usually face multiple traumas, which represent a greater vulnerability (Husain et al., 2011).

Experiencing multiple traumas is associated to more emotional suffering in contrast to the victimization by a single event, which is related to a greater chance to develop psychiatric disorders such as depression, dissociation, and PTSD, which present more severity (Follette et al., 1996; Martín et al., 2013).

Without a doubt, displacement, and the multiple traumas that this event may carry, generates long-term effects on a number of levels (Ramos-Vidal, 2018). This is why this study proposed to compare the amount of experienced traumatic events, the presence of PTSD symptoms, and the decline in performance among victims of forced displacement within the framework of the Colombian armed conflict, that meet, or not, the diagnostic criteria of PTSD.

In addition, it is proposed to identify the relationship between the PTSD symptoms and the amount of experienced traumatic events, and the decline in performance.

## Method

This study uses a cross-sectional quantitative approach, with a non-experimental design, and with a correlational reach that makes a convenience sampling of the non-probabilistic type, in order to include victims of forced displacement within the frame of the Colombian armed conflict, among 18 and 70 years of age. The total sample was 1,368 subjects, residing in the cities of Montería ( $n = 824$ ) and Bucaramanga ( $n = 544$ ). The implemented instrument was EGEPC-5, which evaluates the presence of signs and symptoms that may be developed from living one or more traumatic situations. The goal of this instrument, created by Crespo et al., (2017), is the evaluation of the post-traumatic symptomatology when diagnosing PTSD.

## Results

Six hundred and twenty-four people, victims of forced displacement, were identified to having met all the criteria for the diagnosis of PTSD (45.6%), while 744 did not meet the criteria (54.4%). Victims of forced displacement in the sample are more frequently women who are married or living with a partner (Table 1).

Describing the amount of traumatic situations, it is estimated that the total sample has experienced nearly 3 traumatic events on average ( $M = 2.97$ ,  $DE = 2.08$ ). Once the distinction of study groups was made, nearly 44.4% of patients with PTSD have experienced more than 4 traumatic events in comparison to the group without PTSD, which reports around 22.4%. These differences are statistically significant ( $p < .001$ ) (Table 2).

The symptoms of PTSD evidence more elevated means for the group of victims of forced displacement with PTSD in comparison to the group without PTSD, which is statistically significant for intrusive symptoms, avoidant symptoms, cognitive or mood alterations, alterations in activity and reactivity, and dissociative symptoms ( $p$  value =  $< .001$ ) (Table 3).

Although the sample with PTSD exhibits greater frequencies on the experiencing of the different symptoms associated to PTSD, 71.9% of the sample without PTSD show at least one intrusive symptom, in which repetitive unpleasant memories prevail (20.4%). For the sample with PTSD, other memories predominate, such as the ones with physiological reactions (31.1%) and emotional distress accompanied by memories (26.4%).

Regarding avoidant symptoms, most of the general population did not show this sort of symptomatology (52.8%) contrary to the clinical population, in which 70.8% try to avoid places or events associated to the traumatic episode. For cognitive alterations and of the mood, it is worth to remark for the clinical sample the feelings of guilt (21%) and the negative feelings (20.7%) accompanied by a loss of pleasure and interest (20.2%). On the other hand, the sample without PTSD has experienced at least one symptom related to the alterations of the activity and reactivity (67.7%) focused on the presence of irritability and rage episodes (25.4%). For the sample with PTSD, risky, reckless behaviors (24.1%), and hyper vigilance (23.8%) are the ones that stand out. Equally, dissociative symptoms are present even in people without PTSD, especially symptoms of depersonalization (17.6%), the sample with PTSD reporting more derealization (27.2%) (Table 4).

Regarding the decline in performance, it was detected in the different areas of social interactions and other aspects of life. Nevertheless, the group of PTSD showed higher percentages, evidencing a significant difference statistically ( $p = < .001$ ) contrasted to the group without PTSD. On the other hand, the group with PTSD reports a higher frequency towards the consumption of alcohol or



drugs ( $n = 159$ ) as well as a greater affectation in other aspects of their lives ( $n = 350$ ) from the moment of the experienced situations (Table 5).

Additionally, statistically significant relations were found, indicating that the more traumatic situations experienced by the participants, the more the affected areas of performance. This reveals a negative impact in work or academic life ( $\rho = .21$ ;  $p < .000$ ), in social relations ( $\rho = .18$ ;  $p < .000$ ) and family or romantic relations ( $\rho = .21$ ;  $p < .000$ ). The more traumatic situations are lived by the sample, the more PTSD symptoms they will experience. Finally, it is established that the more traumatic situations present, the higher the decline in the performance of the individuals (Table 6).

## Discussion and Conclusions

The findings of this study allowed, in the first instance, to compare the number of potentially traumatizing events between victims of the armed conflict who meet the clinical criteria for PTSD and those who do not, noting that both samples were exposed to multiple events of this type, though people who met criteria for PTSD report a greater number and this seems to be related to the greater severity of the symptoms (intrusive, avoidant, cognitive alterations, state alterations mood, activity disturbances, reactivity, and dissociation) compared to people who did not meet criteria for PTSD, similar to the findings of Miller et al. (2008) in war veterans, in whom a greater number of experienced situations and greater severity of PTSD symptoms were identified. Likewise, Schneider et al. (2020) and Manzanero et al. (2021) in war survivors found that individuals with high levels of exposure to traumatic situations showed more severe symptomatology.

Regarding the differences in the PTSD symptoms experienced by the samples, it is important to highlight the cognitive and emotional alterations, which showed significant differences between the groups. This supports the mnemonic and attentional impairments that have been found in other studies (Botelho de Oliveira & Conde, 2011; Luna et al., 2018). Emotional alterations can be linked to symbolic and physical losses that generate sadness and nostalgia. These may represent unresolved grief in displacement victims; sometimes, they do not know whether their loved one has passed away or s/he is simply missing. Furthermore, massacres can confront the vulnerability of the survivor when witnessing the destroyed bodies (Díaz et al., 2015).

Regarding alterations in activation and reactivity, the presence of dangerous or potentially harmful behaviors is notable, since it is one of the most frequent symptoms in both groups. Additionally, the subclinical group exhibits a high frequency of irritability and episodes of anger, symptoms that are associated with a decrease in the ability to inhibit fear. This destructive response has been shown to manifest even in safe situations, underscoring the severity of PTSD symptoms. Patients with chronic PTSD, unlike those with low symptoms and the non-clinical population, show difficulties in learning to inhibit the physiological response to safe stimuli (Jovanovic et al., 2010). All of the above shows that the psychological effects in the study groups have had a significant impact on their quality of life (Simancas-Fernández et al., 2022).

## Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del TEPT en población desplazada por la violencia política Colombiana.

- Univeristas Psicológica, 6(3), 623-635. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/146>
- American Psychiatric Association (APA, 2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM V*. Editorial Médica Panamericana.
- Andrade-Salazar, J. (2011). Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio de El Cairo en el año 2008. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 7(20), 111-114. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7229883>
- Barchelot -Aceros, L., Galván, G., Pabón-Poches, D. K., De la Hoz, F., Ramírez, P., Guerrero Martelo, M. F., Simancas, M. R., Torres-Oviedo, J. M., Brunal Vergara, B., Delgado, D. E. y Padilla, V. (2021). Situaciones traumáticas en víctimas de desplazamiento forzado en Colombia con diagnóstico de TEPT: inicio, tipos, frecuencias, gravedad e impacto. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.004>
- Blanco, A., Díaz, D. y Del Soto, A. (2006). Recovering the context in posttraumatic stress disorder: The psychosocial trauma in victims of political violence and terrorism. *Studies in Psychology*, 27(3), 333-350. <https://doi.org/10.1174/021093906778965053>
- Botelho de Oliveira, S. y Conde, C. (2011). Memoria emocional y trastorno por estrés postraumático en el contexto del desplazamiento en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 457-469. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60140-2](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60140-2)
- Brenner, L., Köllner, V. y Bachem, R. (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), artículo 1694766. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694766>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Prevalence of mental symptoms, possible cases and disorders in victims displaced by the internal armed conflict in Colombia: A systematic review. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177-185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Campo-Arias, A., Sanabria, A., Ospino, A., Guerra, V. y Caañamo, B. (2017). Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(3), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.005>
- Castañeda, J. y Camargo, J. (2018). Salud mental en población víctima del conflicto armado en Colombia. *I+D Revista de investigación*, 12(2), 19-26. <https://doi.org/10.33304/revinv.v12n2-2018002>
- Castaño, C., Sierra, G., Sánchez, D., Torres, Y., Salas, C. y Buitrago, C. (2018). Trastornos mentales y consumo de drogas en población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38(1), 77-92. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3890>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2015). *Una nación desplazada: informe nacional del desplazamiento forzado en Colombia*. CNMH - UARIV.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2018). *DAÑOS: análisis de los impactos del conflicto armado colombiano conflicto armado colombiano*. CNMH.
- Crespo, M., Gómez, M. y Soberón, C. (2017). *EGEP 5. Evaluación global de estrés postraumático*. TEA Ediciones. [http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/EGEP-5\\_extracto\\_manual.pdf](http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/EGEP-5_extracto_manual.pdf)
- Crespo-Generelo, T., Camarillo-Gutiérrez, H. y de Diego-Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12(84), 4918-4928. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>
- Cuadris-Torres, L. y Barrios-Nuñez, A. (2019). Afectaciones psicológicas en víctimas del conflicto armado. *Archivos Venezolanos de farmacología y Terapéutica*, 38(5), 214-218. <https://doi.org/10.18046/recs.126.3292>
- Díaz, V., Molina, A. y Marín, M. (2015). Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado. *Pensamiento psicológico*, 13(1), 65-80. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.PPSI13-1.pdpa>
- Echenique, C., Medina, L., Medina, A. y Ramírez, A. (2008). Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso. *Psicología desde el Caribe* (21), 122-135. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302107>
- Follette, V., Polusny, M., Bechtle, A. y Naugle, A. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-36. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090104>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guaznizo-Herreño, C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., De Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A. y Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(S1), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- González, M., Ramírez, G., Brajin, M. y Londoño, C. (2017). Estrategias cognitivas de control, evitación y regulación emocional: el papel diferencial en pensamientos repetitivos negativos e intrusivos. *Ansiedad y Estrés*, 23, 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.005>
- Greene, T. (2018). Blame, PTSD and DSM-5: An urgent need for clarification. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468709>
- Guerra, G., Inostroza, R., Villegasa, J., Villalobosa, L. y Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de psicología*, 26(2), 1-10. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47951>
- Guevara, R. D. y Barney-Arango, F. (2009). Desplazamiento forzado en Florida, Valle del Cauca. Mujeres, territorio y cultura. *Revista Científica*

- Guillermo de Ockham, 7(1), 57-68. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105312251005>
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada-Baño, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado, A. y Vargas, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado colombiano. *Revista Colombiana*, 25(1), 125-140. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49966>
- Husain, F., Anderson, M., Lopes, B., Becknell, K., Blanton, C., Ariaka, D. y Kottegoda, E. (2011). Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *JAMA*, 306(5), 552-531. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1052>
- Im, H. y Swan, L. (2021). Trauma exposure, social functioning, and common mental health disorders in Somali refugees male and female youth: An SEM analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(8), 1539-1551. <https://doi.org/10.1177/00207640211037726>
- Jovanovic, T., Norrholm, S., Fennell, J., Keyes, M., Fiallos, A., Myers, K. M., Davis, M. y Duncan, E. (2010). El trastorno de estrés posttraumático puede asociarse a un deterioro de la inhibición del temor: relación con la gravedad. *Psiquiatría Biológica*, 17(4), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2010.12.001>
- Londoño, N., Patiño, C., Restrepo, D., Correa, J., Raigoza, J., Toro, L., Jaramillo, G. y Rojas, C. (2008). Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés posttraumático en víctimas de violencia armada. *Informes Psicológicos*(10), 11-27. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9511/1/Londo%C3%B1oNora\\_2008\\_PerfilCognitivoAsociado.pdf](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/9511/1/Londo%C3%B1oNora_2008_PerfilCognitivoAsociado.pdf)
- López, W., Pérez, C. y Pineda, C. (2016). Relación entre el perdón, la reconciliación y la salud mental de las víctimas de la violencia sociopolítica. *Revista de Victimología*, 3, 141-159. <https://doi.org/10.12827-RVJV-3-06>
- Luna, J., Rodríguez, P. y Hernández, I. (2018). Perfil neuropsicológico de atención y memoria en víctimas del conflicto armado colombiano. *Revista de Psicología*, 36(2), 701-718. <https://doi.org/10.18800/psico.201802.011>
- Manzanero, A. L., Crespo, M., Barón, S., Scott, T., El-Astal, S. y Hmaid, F. (2021). Traumatic events exposure and psychological trauma in children victims of war in the Gaza Strip. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1568-1587. <https://doi.org/10.1177/0886260517742911>
- Martín, C., Cromer, L., De Prince, A. y Freyd, J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 110-118. <https://doi.org/10.1037/a0025686>
- Miller, M., Wolf, E., Martins, E., Kaulopek, G. y Keane, T. (2008). Structural equation modeling of association among combat exposure, PTSD symptom factors, and global assessment of functioning. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 45(3), 359-370. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2007.06.0085>
- Norris, A. y Aroian, K. J. (2008). Avoidance symptoms and assessment of posttraumatic stress disorder in Arab immigrant women. *Journal Trauma Stress*, 21(5), 471-478. <https://doi.org/10.1002/jts.20363>
- Observatorio de Memoria y Conflicto. (2018). *Contando la guerra en Colombia*. <http://centrodememoriahistorica.gov.co/observatorio/infografias/>
- Ochoa-Díaz, D. y Orjuela-Ortiz, M. (2013). El desplazamiento forzado y la pobreza de la mujer colombiana. *Entramado*, 9(1), 66-83. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-38032013000100005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-38032013000100005&lng=en&tlng=es)
- OMS. (2018). *Salud mental en el postconflicto*. <https://www.urosario.edu.co/Eventos-UR/DR2/Munur/es/Documentos/Organizacion-Mundial-de-la-Salud-OMS.pdf>
- Pérez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 1;32(2), 145-153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21113425/>
- Priebe, K., Kleindienst, N., Schropp, A., Dyer, A., Krüger-Gottschalk, A., Schmahl, C., Steil, R. y Bohus, M. (2018). Defining the index trauma in post-traumatic stress disorder patients with multiple trauma exposure: impact on severity scores and treatment effects of using worst single incident versus multiple traumatic events. *European Journal Psychotraumatology*, 9(1), artículo 1486124. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1486124>
- Ramos-Vidal, I. (2018). Desplazamiento forzado y adaptación al contexto de destino: el caso de Barranquilla. *Perfiles Latinoamericanos*, 26(51), 301-328. <https://doi.org/10.18504/pl2651-012-2018>
- Red Nacional de Información. (2 de septiembre de 2020). *Víctimas de conflicto armado: personas afectadas por año*. <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Vigencia>
- Rentería-Ramos, R., Hurtado-Heredia, R. y Urdinola, P. (2019). Morbimortality of the victims of internal conflict and poor population in the Risaralda Province, Colombia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), artículo 1644. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091644>
- Schneider, A., Pfeiffer, A., Conrad, D., Elbert, T., Kolassa, I. y Wilker, S. (2020). Does cumulative exposure to traumatic stressors predict treatment outcome of community-implemented exposure-based therapy for PTSD? *European Journal Psychotraumatol.*, 11(1), artículo 1789323. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1789323>
- Simancas-Fernández, M. R., Celedón-Rivero, J. C., Salas-Picón, W. M., Salgado-Ruiz, D. E., Echeverry-Londoño, M. C., Vásquez-Campos, J. H., Guarch-Rubio, M. y Manzanero, A. L. (2022). Trauma, reparation, and quality of life in victims of armed conflict after peace agreements. *Anuario de Psicología Jurídica*, 32, 79-86. <https://doi.org/10.5093/apj2021a21>
- Tamayo, N., Rincón, C., De Santacruz, C., Bautista, N., Collazos, J. y Gómez-Restrepo, C. (2016). Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista de Psiquiatría*, 45(S1), 113-118. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>
- Zatzick, D. F., Marmar, C., Weiss, D., Browner, W., Metzler, T., Golding, J. M., Stewart, A., Schlenger, W. E. y Wells, K. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1636-1794. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1690>
- Zlotnick, C., Franklin, L. y Zimmerman, M. (2002). Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 413-419. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.35900>